Nr 41. Kraków, 13. października 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 13. października 1917. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału dla chorób nerwowych c. i k. szpitala rezerwowego we Lwowie

Analiza zaburzeń ruchowych w nerwicach wojennych

podał

Dr Jakób Rothfeld,

asystent kliniki chorób nerw. Uniwersytetu lwowskiego, obecnie kierownik oddziału.

Stosunkowo częstym objawem w nerwicach, powstałych w czasie obecnej wojny, jest drżenie kończyn dolnych, które może być połączone z kurczami mięśniowymi. W niektórych przypadkach nietylko kończyny dolne, ale wszystkie mięśnie ciała mogą być dotknięte drżeniem i kurczami. Nonne i Fürstner opisali te stany jako pseudospastyczny niedowład (paresis) z drżeniem, Oppenheim nazwał je w czasie obecnej wojny »myotonoclonia trepidans«.

Drżenie występujc często w chwili rozpoczętego (zamierzonego) ruchu, czasem jednak istnieje ono u chorego jeszcze w stanie spoczynku. Chód tych chorych bywa różny, zależnie od tego, czy drżenie stale się utrzymuje, czy występują kurcze mięśniowe, względnie czy przeważają kurcze lub drżenie. W przypadkach cięższych posuwają się chorzy drobnymi krokami naprzód, nie podnosząc prawie stóp, tylko je posuwając; nogi są wyprostowane, napięte, czasem szeroko rozstawione; często widzi się, że nagle jedna noga wysuwa się zbyt daleko naprzód, albo ją chory zbyt wysoko podnosi. Są to ruchy mimowolne, bezładne, gwałtowne, które burzą równowagę ciała chorego; tułów bywa przechylony ku przodowi. Chorzy robią niepewne wrażenie, zdaje się, że lada chwila upadną; mimoto wielu z nich chodzi bez wszelkiej podpory. Drżenie wzmaga się w czasie chodzenia, a ze wzrastającem zmęczeniem chód staje się coraz gorszym, aż w końcu chory nie może wcale chodzić.

Rozmieszczenie drżenia w poszczególnych grupach mięśniowych ma pewien stały typ, i tak, drży najczęściej mięsień czworogłowy uda, mniej zginacze kolana i mięśnie goleni; do rzadkości należy drżenie stopy.

Analizę powyższych objawów, spostrzeganych w nerwicach, podał Erben[1]), który wykazał, że drżenie występuje lub wzmaga się w tych mięśniach, które chory napina celem wykonania ruchu; w mięśniach dowolnie nie napiętych drżenie nie występuje. Jeżeli chory, stojąc, zegnie nogę prawą w stawie kolanowym i biodrowym, to drżenie na tej nodze ustanie, a widoczne jest tylko na nodze lewej; na nodze prawej nie wykonywa mięsień czworogłowy żadnej czynności, gdy na lewej mięsień ten jest napięty i musi utrzymać kolano. Inny przykład: podczas siedzenia na łóżku z wyprostowanemi nogami drżą prostowniki kolana; drżenie to ustaje, jeżeli chory podeprze się rękami, gdyż wtedy napięcie prostowników wolnieje. Przez odpowiednie ustawienie kończyn uwalniał Erben pewne grupy mięśniowe od czynnego napięcia i wykazał w ten sposób, że drżenie wtedy występuje, kiedy chory dany mięsień nerwuje. Erben zauważył nadto, że przez szybko po sobie następujące ruchy bierne drżenie chwilowo ustaje. Erben przypuszcza, że w czasie tych szybkich ruchów biernych chory niema czasu, ani możności dowolnego napięcia mięśni, że więc ruchy, zależne od woli chorego, są wtedy niemożliwe. Na to kładzie Erben wielki nacisk, gdyż jego zdaniem wola toruje drogę objawom klonicznym; nasilenie tych objawów jest zatem zależne od woli w ten sposób, że wola wywołuje napięcie mięśni, a następowo ujawnia się drżenie, które jest mimowolne. Chory nie może wykonać spokojnie ruchu kończyną, gdyż w chwili dowolnej inerwacyi mięśnie poczynają drżeć; jeżeli wyłączymy pewien mięsień od dopływu bodźców woli, wtedy drżenie ustaje. Dzieje się to albo przez odpowiednie ustawienie kończyny, w którem dane mięśnie są nieczynne, albo przez szybkie ruchy bierne. Zdaniem Erbena polega chód u naszych chorych również na tem, że przez szybkie małe kroki chory stara się ujść drżeniu, że w ten sposób chory łatwiej się posuwać może, aniżeli dużymi krokami. Nienaturalne wysuwanie kończyn i niezborne ruchy, jakie często spostrzegamy, są wynikiem dążności chorego do zrobienia wielkiego kroku i właśnie ta dowolna inerwacya mięśni wywołuje objawy kloniczne, czyli chory woli posuwać się drobnymi krokami. Przechylanie tułowia ku przodowi lub wykręcanie tułowia w jedną lub drugą stronę są środkami pomocniczymi dla większego przyspieszenia chodu, aby w ten sposób łatwiej ujść objawom klonicznym, które choremu w chodzeniu przeszkadzają.

Miałem sposobność w wielu przypadkach przekonać się o słuszności niektórych spostrzeżeń Erbena. Poniżej podaję analizę, którą przeprowadziłem na podstawie całego szeregu przypadków nerwic, powstałych na tle obrażeń lub na tle wstrząsu. Analiza ta umożliwia głębiej wniknąć w istotę objawów nerwicowych, połączonych z drżeniem.

1) Jeżeli polecimy choremu, leżącemu na grzbiecie, unieść wyprostowaną nogę ku górze, to w chwili, kiedy chory podnosi kończynę i napina mięsień czworogłowy, występuje w tej grupie mięśniowej drżenie; kończyna cała waha się, unosi się ku górze i opada, zgina się w stawie kolanowym i znowu się prostuje. Są to ruchy krótkie, występujące w nieregularnych odstępach czasu, które się nasilają w miarę trwania inerwacyi mięśni, potrzebnych do podniesienia kończyny ku górze. Jeżeli kończyna doszła do pewnej maksymalnej wysokości, wtedy chory nie może jej długo utrzymać, kończyna nagle opada. Do uniesienia wyprostowanej kończyny potrzebne jest napięcie zginaczy uda (iliopsoas, tensor fasciae latae, sartorius) i prostowników kolana (quadriceps cruris). W naszym przypadku wystąpiło

[1]) Wien. klin. Woch. Nr 36. 1916.

obok ruchów, zależnych od napięcia tych mięśni, drżenie prostowników kolana, a nadto unerwione były mięśnie zginające kolano i prostowniki stawu biodrowego. Inerwacya tych mięśni przeciwniczych wywołała ruchy przeciwne, aniżeli te, które chory według naszego żądania zamierzał wykonać.

2) Chory ma zgiąć kończynę w stawie kolanowym i biodrowym. Przy tym ruchu mięsień czworogłowy nie drży, w czasie zginania występują krótkie ruchy prostujące, tak że chory nie może odrazu nogi spokojnie przyciągnąć, gdyż ruch ten jest przerwany wahaniami, wywołanemi inerwacyą mięśni przeciwniczych, prostujących.

3) Jeżeli polecimy choremu, który ma nogę zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym, wyprostować ją tylko w stawie kolanowym, tak aby kończyna stanęła pionowo ku górze, to już w chwili, kiedy chory zaczyna nogę wyprostowywać, okazuje się drżenie prostowników kolana, a nadto występuje mimowolne zginanie kolana, które przeszkadzają zamierzonemu ruchowi; oprócz tego można zauważyć, że im dalej postępuje wyprostowywanie w stawie kolanowym, tem częściej występuje opadanie kończyny w stawie biodrowym, noga cała się obniża, to znowu podnosi, aż wreszcie całkiem opada. W tym przypadku potrzeba do wykonania ruchu działania zginaczy uda (iliopsoas) i prostowników kolana. Równocześnie z inerwacyą tych mięśni wystąpiło drżenie w mięśniu czworogłowym, ruchy prostujące w stawie kolanowym jako wynik mimowolnej inerwacyi mięśni przeciwniczych, a nadto zauważyć można, że działanie mięśni zginających udo słabnie w miarę wyprostowywania kończyny i że kończyna w końcu opada.

4) Jeżeli chory wyprostowuje kończynę, zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym, to drżenie mięśnia czworogłowego rośnie w miarę, im bardziej kończyna się prostuje. Ten ruch prostujący jest przerywany przez mimowolne ruchy zginające kończynę.

5) Jeżeli uniesiemy wyprostowaną kończynę biernie ku górze do linii pionowej, to chory nie może kończyny dalej utrzymać w tem położeniu; kończyna opada już po kilku sekundach. Zauważyć trzeba, że nie jest to regułą i że bywają przypadki, o których później jeszcze będzie mowa, w których chory może zupełnie dobrze nogę unieść wysoko ku górze i utrzymać w tem położeniu.

Przy badaniu 1, 3, 5, potrzebna była równoczesna inerwacya mięśni zginających udo (iliopsoas) i prostowników kolana, w przypadku 2) inerwacya zginaczy uda i kolana, w badaniu pod 4) przytoczonem — prostowników kolana i uda.

Z doświadczeń tych wynika: a) że drżenie w prostownikach kolana występuje wtedy, kiedy mięśnie te bywają dowolnie pobudzone do czynności, co się zgadza ze spostrzeżeniami Erbena; b) że przy równoczesnej inerwacyi mięśni zginających udo i prostowników kolana ustaje napięcie zginaczy uda (iliopsoas), tak że kończyna opada, że zatem większość chorych naszych nie może unieść wyprostowanej kończyny ku górze; c) że we wszystkich próbach wyżej podanych występują mimowolne ruchy, przeciwdziałające ruchom zamierzonym; ruchy te mają charakter ruchów niezbornych, są krótkie, gwałtowne, występują w nieregularnych odstępach czasu i są wynikiem inerwacyi mięśni przeciwniczych.

Niezależnie od przytoczonych objawów może istnieć drżenie całej kończyny, bądź to w spokoju, bądź też przy ruchach lub przy wzruszeniu; również niezależnie pojawiać się mogą kurcze mięśniowe. Zarówno drżenie, jak i kurcze, przyczyniają się znacznie do nasilenia objawów i utrudniają ruchy kończyn, nie zmieniają jednak zasadniczo powyżej opisanych objawów przy próbach badania.

Nasuwa się pytanie, do jakiej grupy zaburzeń ruchowych zaliczyć należy wspomniane objawy. Oppenheim[2]) opisał zaburzenia ruchowe, polegające na utracie obrazów pamięciowych (Erinnerungsbilder) dla ruchów, akinesia amnestica, albo polegające na fałszywym podziale bodźców. Przy zupełnem porażeniu na tle akinezyi amnestycznej chory nie rusza zupełnie dotkniętą kończyną, która skutkiem tego sprawia wrażenie organicznie porażonej. Jeżeli porażenie nie jest zupełne, to biernie udzielone położenie kończyny chwilowo się utrzymuje. Do tej samej grupy zaburzeń ruchów należą te, które są wynikiem nieodpowiedniego rozdziału bodźców. Jeżeli n. p. polecimy choremu, aby ścisnął rękę badającego, to albo nie widzi się żadnego ruchu, albo tylko bardzo nieznaczny; natomiast można zauważyć wybitne napięcie mięśni przeciwniczych, wręcz odwrotne, aniżeli to, które jest potrzebne do wykonania zamierzonego ruchu. Oppenheim określa te zaburzenia, jako zaburzenia kojarzenia, które się różnią od bezładu (ataxia) tem, że występują tylko przy użyciu siły i przy wykonywaniu pewnej pracy, a nie przy samych ruchach kończyn.

Na całym szeregu przypadków nerwic z drżeniem kończyn dolnych badałem chorych w kierunku tych zaburzeń ruchowych i stwierdziłem, że bardzo często znajdujemy przy drżeniu i kurczach mięśniowych kończyn dolnych zaburzenia ruchowe w kończynach górnych, polegające na fałszywym podziale bodźców. Jeżeli n. p. polecimy choremu trzymać ramię zgięte w stawie łokciowym przeciw sile badającego, to występują mimowolne, krótkie, po sobie następujące ruchy prostujące; jeżeli polecimy mu wyprostować ramię przeciw sile, to chory mimowoli je zgina. Ruchy te, przeciwne ruchom zamierzonym, występują w krótkich, nieregularnych odstępach czasu, przytem jest widoczna dążność chorego do wykonania ruchu zamierzonego; na twarzy jego widać wysiłek, oddech jest przyspieszony, nieregularny. Chory podaje, że chciałby żądany ruch wykonać, ale nie może. Przy badaniu kończyn dolnych co do tych objawów, miałem wrażenie, że i tu mamy te same zaburzenia. Przy zginaniu kończyny przeciw mojej sile występowały krótkie, gwałtowne, nieregularne ruchy prostujące, przy zamierzonem wyprostowywaniu noga się zginała. Początkowo nie mogłem rozstrzygnąć, czy zaburzenia te należą do grupy zaburzeń, opisanych przez Oppenheima, czy też są wywołane drżeniem, względnie wstrząsaniem kończyny. Później miałem sposobność badać chorych, u których objawy niedługo trwały, 5—12 dni po urazie (zasypanie wskutek wybuchu granatów, urazy wskutek ciśnienia powietrza i t. d.). Drżenie w tych przypadkach nie było zbyt silne, co ułatwiało badanie. Zwłaszcza tam, gdzie nie było drżenia całej kończyny w spokoju, które zwyczajnie wzmaga się z każdym ruchem, mogłem z pewnością stwierdzić, że u tych chorych istnieją zaburzenia, polegające na fałszywej inerwacyi mięśni. Przy próbie zgięcia kończyny w stawie kolanowym i biodrowym w pozycyi leżącej następowało z początku nieznaczne zgięcie, wnet jednak można było zauważyć ruch prostujący kończynę, a dalsze usiłowania chorego, aby nogę do siebie przyciągnąć, przerywane były krótkimi ruchami przeciwnymi, prostującymi kończynę. Ruchy te nasilały się w miarę, im więcej chory starał się kończynę zginać, aż w końcu cała kończyna poczęła gwałtownie trząść się. Odwrotnie przy próbie wyprostowania występowały krótkie, urywane zginania, które również wzrastały wnet do wstrząśnień. Im więcej przypadków tego rodzaju badałem, tem bardziej upewniałem się w przekonaniu, że wstrząsanie kończyny (Schütteln) — nie drżenie poszczególnych grup mięśniowych — polega na fałszywym rozdziale bodźców, na fałszywych inerwacyach, że więc mięśnie przeciwnicze bywają mimowoli równocześnie pobudzane do czynności i że one przeszkadzają wykonaniu zamierzonego ruchu. Niektóre przypadki, zwłaszcza te, w których zaburzenia ruchowe były w jednej nodze znaczniejsze, aniżeli w drugiej, ułatwiały znacznie analizę zaburzeń ruchowych. W jednym takim przypadku występowały na kończynie dolnej prawej drżenia ze wstrząsaniem kończyny i kurcze mięśniowe, na lewej zaś kurcze

---

[2]) Oppenheim: Neurosen infolge von Kriegsverletzungen. Berlin 1916.

były bardzo nieznaczne, a w spoczynku nie było drżenia mięśni. Lewą, mniej dotkniętą kończynę mógł chory zginać w stawie kolanowym i biodrowym, ale ruchy te przerywane były ruchami przeciwnymi, które nasilały się aż do wstrząsania kończyny, i to tem znaczniej, im częściej chory ruchy te wykonywał. Śledząc te ruchy od pierwszej chwili, można było spostrzegać, jak fałszywe inerwacye, wspólnie z dążnością do wykonania zamierzonego ruchu, przeistaczały się we wstrząsanie kończyny. Chory ten mógł wyprostowaną lewą dolną kończynę unieść mniej więcej na $^1/_2$ m wysoko ku górze (zgięcie w stawie biodrowym); na tej wysokości występowały wahania kończyny, zgięcie w stawie kolanowym, obniżenie i podnoszenie uda w stawie biodrowym; w prostownikach kolana występowało drżenie.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

Badania doświadczalne
nad wpływem nacięć krzyżowych twardówki (sclerotomia cruciata superficialis) Wicherkiewicza na oko zwierząt nowonarodzonych

podał
Dr Tadeusz Kleczkowski,
I. asystent kliniki.

Wielkość gałki ocznej nie u wszystkich ludzi jest jednakowa. Tak jak spotykamy ludzi najrozmaitszego wzrostu, tak również stwierdzić możemy różnej wielkości gałki oczne. Dopóki stosunek wielkości oka do wielkości całego ustroju jest zachowany, dopóty gałkę oczną — co do jej wielkości — możemy uważać za prawidłową.

Zachowanie tego stosunku ma ogromne znaczenie. Z jednej strony wiemy, że wielkość wymiarów oka jest jednym z najważniejszych warunków, od którego zależna jest łamliwość oka, z drugiej zaś strony doświadczenie uczy, że jedne schorzenia oka łatwiej rozwijają się w oczach małych, a więc dalekowzrocznych, drugie zaś w oczach dużych, krótkowzrocznych. Mam tu na myśli w pierwszym przypadku jaskrę, w drugim zaś krótkowzroczność postępującą ze wszystkiemi jej, tak szkodliwemi następstwami.

Tak jak wogóle w przyrodzie nie możemy ścisłej postawić granicy między zdrowiem, a chorobą — tak również jest i z określeniem wielkości oka. Zmiany w wielkości oka, pociągające za sobą jedynie tylko zmianę w jego łamliwości, możemy uważać, oczywiście do pewnego stopnia, za leżące w granicach fizyologicznych. Wielkość gałki ocznej może jednak odbiegać znacznie od prawidłowej, średniej wielkości, wtedy tego rodzaju przypadki należą już do patologii.

Oko od urodzenia może być znacznie mniejsze, mamy wtedy wadę rozwojową (mikrophthalmus), lub oko przewyższa swoimi rozmiarami oczy prawidłowe, mówimy wtedy o wodooczu (hydrophthalmus). Stan oka, który określamy mianem wodoocza, może być albo wrodzony, albo rozwinąć się może w pierwszych latach życia. Czystą postacią tego schorzenia jest jaskra pierwotna; nadmienić tu jednak trzeba, że nie każda jaskra wieku dziecięcego wywołuje powiększenie gałki ocznej (Schmidt-Rimpler) (1). Znane są przypadki, w których mimo wszystkich objawów jaskry, nie doszło jednak do powiększenia oka. Przypadki te są rzadkie, a wymownem świadectwem tego jest statystyka Löhleina (2), zebrana na podstawie materyału klinicznego innych autorów.

Drugą postacią wodoocza jest powiększenie się gałki ocznej w następstwie jaskry następowej. Najczęstszą przyczyną jest zazwyczaj wiewiór oczu u noworodków z przyczepami przednimi, wrzodami rogówki i wytworzeniem się garbiaka, dalej skaleczenia, zapalenia tęczówki i naczyniówki i t. d.

Powiększenie gałki ocznej w następstwie zwiększonego ciśnienia śródocznego wskutek jaskry czyto pierwotnej, czy następowej, spostrzegamy jedynie w wieku młodym, a im chory, dotknięty jaskrą, jest starszy, tem możliwość powstania wolego oka staje się coraz mniejszą. Objaw ten tłómaczyć sobie możemy od czasu Mauthnera (3), który jeden z pierwszych zwrócił uwagę na szczególnie wielką elastyczność ścian oka, a więc w głównej mierze twardówki, w następstwie czego podwyższone ciśnienie śródoczne może w wysokim stopniu wywołać powiększenie wymiarów całej gałki ocznej.

Od roku 1910 wykonywał prof. Wicherkiewicz (4) (5) w klinice krakowskiej nacięcia krzyżowe twardówki (sclerotomia cruciata superficialis) we wszystkich przypadkach, w których objawy jaskry występują jako następstwo zwiększonej niepodatności twardówki (glaucoma simplex), następnie również w przypadkach jaskry zapalnej, gdzie zwiększona odporność twardówki jest przyczyną współdziałającą i kiedy mimo wykonania irydektomii objawy jaskry nie ustępują.

Operacya ta wskazana jest dalej w przypadkach rozwinięcia się objawów jaskry podczas zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, kiedy nakłucie z innych powodów jest przeciwwskazane, następnie, jako operacya przygotowawcza w przypadkach jaskry, przy zaćmie i przy jaskrze krwotocznej.

Pomyślny wpływ sklerotomii Wicherkiewicza spostrzegano w krakowskiej klinice również w kilku przypadkach stożkowatości rogówki (keratoconus) i rogówki olbrzymiej (keratoglobus). Bystrość wzroku wzrastała, stopień krótkowzroczności i nieregularnej niezborności rogówki zmniejszał się. Na objaw ten, dowodzący zmiany w wypukleniu rogówki po operacyi, szczególnie zwracam uwagę, gdyż to spostrzeżenie kliniczne odpowiada najzupełniej wynikom, jakie otrzymałem w doświadczeniach moich na zwierzętach, o których mam zamiar poniżej mówić.

Jak należy sobie tłómaczyć działanie sklerotomii na oko?

Wicherkiewicz tłómaczył je w następujący sposób. W pewnych przypadkach twardówka staje się mniej podatną, z powodu zmian wstecznych, przerostu łącznotkankowego, a może nawet, jak sądzi Stransky (6), w następstwie przewlekłych zmian zapalnych. Zmiany te z łatwością mogą doprowadzić do zarośnięcia dróg odpływowych między przestrzenią nadnaczyniówkową a przestrzenią Tenona. Jak wiadomo, żyły wirowate twardówki otoczone są przestrzeniami limfatycznemi, które przez przerost łącznotkankowy łatwo mogą uledz zacieśnięciu, a nawet mogą całkowicie zarosnąć. Nacięcia krzyżowe twardówki aż do głębokich jej warstw usuwają, przez stworzenie nowych dróg, zastój cieczy śródocznej, która nie mogła poprzednio odpłynąć.

To teoretyczne rozumowanie zostało potwierdzone klinicznie na przeszło 200 przypadkach, w których sklerotomia zawsze obniżała wysokość ciśnienia śródocznego, mierzonego tonometrem Schiötza, a tam, gdzie warunki na to pozwalały, poprawiała bystrość wzroku i szerokość pola widzenia.

Wodoocze jest schorzeniem, w którem lecznictwo nasze bardzo małe daje wyniki. Stwierdza to również materyał kliniki okulistycznej krakowskiej. Oko w tych razach rośnie dalej, bystrość wzroku coraz bardziej z biegiem czasu zanika, a nierzadko oko, jako szpecące, z kosmetycznych względów zostaje operacyjnie usunięte.

Irydektomia Graefego, tak świetnie działająca w przypadkach jaskry zapalnej u ludzi dorosłych, pociąga za sobą już w czasie operacyi dość często krwotoki i nie wywiera

żadnego wpływu hamującego na dalszy wzrost oka. Tłomaczyć to sobie możemy tem, że podwyższenie ciśnienia śródocznego w przypadkach wodoocza jest w przeważającej większości przypadków wynikiem wadliwego rozwoju dróg filtracyjnych oka, a niejednokrotnie nawet zupełnym brakiem kanału Schlemma (Seefelder (7), Dürz i Schlegdendal (8) i in.). Irydektomia w tych przypadkach nie może naturalnie żadnych dać wyników dodatnich, stosunki bowiem dróg odpływowych pozostają nadal takiesame. Sklerotomia, wytwarzająca nowe drogi odpływowe w twardówce, wydawała się operacyą w tych razach odpowiednią.

O ile zdołałem się przekonać z przejrzenia historyi chorób z ostatnich lat kliniki okulistycznej krakowskiej, wykonał prof. Wicherkiewicz sklerotomię w trzech przypadkach nabytego wodoocza.

I. 302. 1913 r. B. K. lat 20. 14. I. 1913. 5 lat chorowała na oczy; od tego czasu lewe oko rośnie. T. = lo. 53. V plc. 2 m. L. o: gałka o $^1/_3$ powiększona, granica między rogówką a twardówką zatarta, twardówka górą wewn. i zewn. rozdęta. Na rogówce górą i dołem bielmo, zrosłe z tęczówką. Źrenica 4 mm, oddziaływa, górą i dołem zrośnięta z bielmami. Przednia komora płytka. Oftalm. tarcza widoczna, skośna, naczynia zagięte.

Rozpoznano: Buphthalmus. Leucoma corn. adh. Glaucoma chronicum oc. sin.

17. I. 1913 r. Wstrzyknięto podsp. coca + supraren., sclerotomia cruciata superficialis modo Wicherkiewicz oc. sinistri et sclerectomia posterior modo Wicherkiewicz. Zaraz po rozpoczęciu cięć podłużnych, powierzchownych, gałka okazuje się miękką, prawdopodobnie z powodu nakłucia bardzo cienkiej twardówki ostrym haczykiem. Zrobiono jeszcze kilka cięć, potem uchwycono szczypczykami lekko fałdującą się twardówkę i odcięto pasek twardówki $1^1/_2$ mm długi, a $^1/_2$ mm szeroki. Przez odcięcie tego paska obnażono naczyniówkę, która jednak nie wypadła. Opaska zwojowa. — 19. I. T. 2 do 3. — 20. I. Gałka trochę zmniejszona. — 25. I. Gałka mniejsza, rogówka czysta. Przednia komora miernie głęboka. T. 45, po miesieniu 35. — 31. I. oko mniej wypuklone, niż przed operacyą.

II. 3221. 1914 r. 5. VI. L. M. 25 lat. mężcz. Od 2 tygodni oko łzawi, czerwone. Jako dziecko uderzony w prawe oko. Od 2 tygodni oko rośnie. T. + 2.

Pr. o.: Gałka w całości o $^1/_3$ powiększona, spojówka gałki silnie przekrwiona, zwłaszcza górą zewn. Przy rąbku część twardówki górą pasem 4 mm sinawo przebija. Rogówka o powierzchni gładkiej; nieco poniżej środka, w głębszej warstwie wysycone nieregularne, szaro-żółte zmętnienie. Do niego dochodzi od skroni kilka naczyń tylnych, dość grubych. Przednia komora płytka, zwłaszcza w obwodowych częściach. Rysunek tęczówki zatarty, częściowo tęczówka zanikła; w miejscu źrenicy błona szarożółta. Dołem zewn. na tęczówce skrzepy.

Rozpoznano: Buphthalmus. Glaucoma consecutivum o. dex.

5. VI. Sclerotomia cruc. superf. modo Wicherkiewicz. Cięcia górą zewn., 5 podłużnych, 4 poprzeczne. Twardówka b. krwawi. Zaraz po operacyi T. 36. V. O. — 6. VI. V. O. T. 32.— 8. VI. T. 32. Gałka w całości mniejsza.

III. 3231. 15. S. J. l. 3. Od miesiąca na pr. o.: zachodzi błonka; przedtem łzawiło i ropiało. T. + 3. Pr. o.: Gałka w całości o $^1/_3$ powiększona. Granica rogówki i twardówki zatarta; na rogówkę ze wszystkich stron zachodzą dość liczne powierzchowne naczynia. Rogówka wcałości zmętniała o powierzchni jakby nakłutej. Na tylnej powierzchni rogówki plama ciemnoczerwona 4 mm średnicy. Komora płytka, źrenica 6 mm, nieregularna, ku wewnątrz przesunięta. Rysunek tęczówki zatarty. W twardówce, tuż przy rąbku górą zewnątrz i dołem, lekkie wypuklenia szarawe. Twardówka naokoło pasem szerokim 3 mm ciemno przebija.

Rozpoznanie: Buphthalmus. Glauc. cons., sclerectasia o. dex.

12. VI. Sclerotomia cruc. modo Wicherkiewicz. Cięcia dołem wewn. 4 podłużne, 5 poprzecznych, krwawienie, 2 szwy. T. 32 zaraz po operacyi. — 19. VI. T. norm. Oko całe zdaje się mniejsze. Coca + adrenalina. — 14. VII. Oko trochę mniejsze, niebolesne.

We wszystkich tych trzech przypadkach widzimy wprost natychmiastowe działanie sklerotomii. Pierwszym objawem jest obniżenie ciśnienia śródocznego, mierzonego tonometrem Schiötza. Obniżenie to stawało się jeszcze znaczniejszem po każdorazowem miesieniu. Drugim objawem jest zmniejszenie się wymiarów gałki ocznej, co jest bezpośredniem następstwem obniżenia się ciśnienia śródocznego. Objaw ten, który nazajutrz już po operacyi staje się widocznym, tłómaczyć sobie możemy cofnięciem się rozdętej twardówki ze swojego położenia odśrodkowego do położenia więcej pierwotnego, w jakiem się znajdowała, gdy to rozdęcie nie było jeszcze tak silne. Działanie więc w tym przypadku jest jedynie mechaniczne, a będzie tem wybitniejsze, im więcej jest zachowana elastyczność twardówki. Jedno z dzieci obserwowano przez miesiąc, dwoje innych krócej. W miesiąc po operacyi skutek był jeszcze widoczny.

Te wyniki sklerotomii w wodooczu, jak również poprawa bystrości wzrokowej i zmniejszenie się stopnia krótkowzroczności po operacyi przy rogówce olbrzymiej, stały się punktem wyjścia moich doświadczeń ze sklerotomią na zwierzętach nowonarodzonych.

Zasadniczem pytaniem, jakie sobie postawiłem, było przekonać się, jak obniżenie ciśnienia śródocznego, wywołane przez sklerotomię, będzie wpływać na wzrost oka zwierzęcia nowonarodzonego w porównaniu z okiem drugiem, nieoperowanem.

Punktem wyjścia było teoretyczne założenie, że do prawidłowego wzrostu oka jest potrzebne zachowanie odpowiedniego stosunku między powiększeniem liczby elementów składowych tkanek oka, a ciśnieniem śródocznem, utrzymującem prawidłowe napięcie zewnętrznych ścian oka. Jeżeli ciśnienie śródoczne obniżymy przez stworzenie nowych dróg odpływowych, to brak może będzie tego silnego czynnika mechanicznego, będącego bodźcem do prawidłowego wzrostu oka. Wpływ więc ciśnienia śródocznego na wzrost oka młodego jest tematem niniejszej mojej pracy.

Sklerotomię Wicherkiewicza wykonałem na 10 nowonarodzonych królikach, na trzeci dzień po urodzeniu. Króliki były jeszcze zupełnie nieuwłosione, a szpara powiekowa zarośnięta. Po przecięciu szpary powiekowej i zapuszczeniu kokainy przecinałem górą zewnątrz między mięśniem prostym górnym, a zewnętrznym, spojówkę gałkową i rozchyliwszy spojówkę, nacinałem powierzchownie bardzo cieniutką twardówkę trzema podłużnemi, równoległemi i dwoma prostopadłemi do nich cięciami. Spojówki następnie nie zeszywałem. Drugie oko pozostawiałem nienaruszone, dla porównania. W żadnym z tych 10 przypadków nie przeciąłem całej grubości twardówki, tak że treść płynna oka nigdy na zewnątrz się nie wydostała. Króliki pochodziły od trzech matek, z których pierwsza miała 4 młodych, a druga i trzecia po troje. Przebieg pooperacyjny wszędzie był prawidłowy, a skutek operacyi wszędzie jednakowy. W pierwszym tygodniu mniej więcej różnicy w wielkości gałki ocznej operowanej, a nieoperowanej, trudno się było dopatrzeć, potem z dnia na dzień różnica ta występuje coraz wybitniej. Od szóstego tygodnia po operacyi różnica wielkości obu gałek ocznych jakgdyby stawała się mniejsza. Pozostaje jednak objaw szczególnie wybitny, znacznie mniejszego wypuklenia rogówki, oraz zmniejszenia jej wymiarów.

Z tych doświadczeń wynika, że nacięcia krzyżowe twardówki, wykonane sposobem Wicherkiewicza, wywierają wpływ hamujący na prawidłowy wzrost oka. Zahamowanie to należy sobie tłómaczyć jedynie obniżeniem ciśnienia śródocznego, wywołanem przez wytworzenie nowych dróg odpływowych (względnie ułatwienie odpływu, już prawidłowo istniejącego) dla cieczy śródocznej z przestrzeni nadnaczyniówkowej do przestrzeni Tenona.

Teoretyczna wartość takich doświadczeń polega zdaniem mojem na tem, że stwierdzają one, iż ostatecznie wielkość oka w znacznej mierze zależy od wysokości ciśnienia śródocznego, które podczas wzrostu prawidłowego oka w okresie wzrostu całego ustroju jest czynnikiem mechanicznym dużego znaczenia.

Porównując w moich doświadczeniach oko operowane z nieoperowanem, zauważyć możemy pomniejszenie wszystkich wymiarów oka w całości, jak również i rogówki, która

staje się mniej wypuklona, w następstwie czego przednia komora staje się w oku operowanem wybitnie płytszą, aniżeli w oku nieoperowanem. Objawy te najzupełniej odpowiadają budowie oka dalekowzrocznego.

Na podstawie dotychczasowych badań wiemy, że, począwszy od urodzenia, łamliwość oka w miarę wzrostu się zmienia. Łamliwość oka noworodków jest najpierw stosunkowo mała. Badania Herrnheisera (9), Biegla (10) i in. wykazały, że prawidłową łamliwością noworodków jest dalekowzroczność. Z biegiem czasu łamliwość staje się miarową, a w pewnych przypadkach, zwłaszcza zaś tam, gdzie dziedziczność odgrywa rolę, rozwija się krótkowzroczność.

W nacięciach krzyżowych twardówki posiadamy operacyę łatwą i nie niebezpieczną dla oka, a wywierającą wpływ na wzrost oka. Nasuwa się tu pytanie, czy sklerotomia w przypadkach dziedzicznej, postępującej krótkowzroczności, wykonana wcześnie, to znaczy w dzieciństwie, nie byłaby wskazana, jako operacya utrudniająca chociażby zwiększenie się krótkowzroczności. Na to pytanie może dać odpowiedź jedynie tylko doświadczenie kliniczne.

Piśmiennictwo. 1. Schmidt-Rimpler: v. Graefe Saemisch Handbuch d. ges. Aghk. Bd. VI. Abt. 1. 1908. — 2. Löhlein: Arch. f. Ophthalm. LXXXV. 3. S. = 393. 1913. — 3. Mauthner: Vortr. d. Gesamtgebiet d. Aghk. II. Wiesbaden 1889. — 4. Wicherkiewicz: Postęp okul. 1909. — 5. Wicherkiewicz: Bericht d. Ophth. Ges. Heidelberg 1913. — 6. Stransky: Die Anomalien d. Skleralspannung. Leipzig 1912. — 7. Seefelder: Arch. f. Ophth. LXIII. S. 205, 481. — 8. Dürr u. Schlegdendal: Arch. f. Ophth. XXXV. 2. S. 389. — 9. Herrnheiser: Die Refraktionsentwicklung d. menschlichen Auges. Berlin 1892. — 10. Biegl: według Steigera: Die Entstehung der sphärischen Refraktionen des menschlichen Auges. Berlin 1913.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 20. czerwca 1917.

W zastępstwie chorego prezesa przewodniczy sekretarz stały kol. prof. Nitsch. Obecnych członków 32.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przewodniczący wita gościa kol. Millera.

Kol. Dadej wygłosił wykład: **Spostrzeżenia nad tyfusem plamistym ze stanowiska klinicznego i bakteryologicznego (wartość odczynu Weila).** (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem).

Dyskusya:

a) Kol. Blassberg miał w szpitalu wojskowym sposobność obserwować chorych na tyfus plamisty, przysłanych na oddział z rozpoznaniem duru brzusznego. W rozpoznawaniu różniczkowem ważnym szczegółem rozpoznawczym jest: 1) nastrzykanie spojówek, 2) brak obrzęku śledziony, 3) niestosunkowo silne zajęcie przytomności. Badanie krwi co do ilości ciałek białych nie dawało pewnych wyników. Leukocytoza 7—16 tysięcy zdarzała się i w durze brzusznym. Tylko stwierdzenie leukopenii przemawiało za durem brzusznym. Kol. Dadej pominął tak zw. objaw »radyrkowy«, który polega na tem, że skóra pociągnięta palcem przedstawia obraz papieru, który wycierano gumą. Objaw ten niema jednak znaczenia.

b) Kol. Kostrzewski zapytuje, czy kol. Dadej robił szczepienia krwi?

c) Kol. prof. Nitsch: Chorobotwórczość bakteryi nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Stwierdzono, że one aglutynują się. Znajdować je można w jelitach wszy. Byłoby wskazanem badanie bakteryologiczne krwi i jałowego moczu często, n. p. co drugi dzień u tego samego chorego i w różnych okresach choroby. Szczepić można na bulionie, gdyż bakterye te, należące do grupy odmieńca (proteus), bardzo łatwo wyhodować się dadzą. Dotychczas wyhodowano je w małej liczbie przypadków. Co do leczenia, przypomina mowca prace Chełmońskiego nad leczeniem tyfusu plamistego w r. 1892 w Warszawie. Wstrzykiwał on podskórnie wyciąg wyjałowiony ze zgniłego mięsa. Sam leczył się także w ten sposób. Wyniki miał dodatnie, jak wykazuje statystyka śmiertelności innych lekarzy. Mowca wspomina o tem dlatego, że obecnie często mówi się o wstrzykiwaniu obcych ciał, n. p. mleka, w celu wywołania w ustroju nieswoistych odporności.

d) Kol. prof. Godlewski: Biologiczną metodą odwszawiania byłoby zamknięcie zawszonych rzeczy, sprzętów i t. d. i wyizolowanie od człowieka na przeciąg jakichś 3 tygodni, wychodząc z biologicznych właściwości wszy. Najnowsze badania wykazują, że wszy i przez powietrze przenosić się mogą. Obserwacye w kolumnach KBK stwierdzają, że każdy przypadek tyfusu plamistego był poprzedzony ukąszeniem wszy. — Mowca prosi o podanie dyety, stosowanej przez kolegów przy tyfusie plamistym, gdyż sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta.

e) Słuchacz med. p. Herman spostrzegał ozdrowieńców po tyfusie plamistym. Uderzającem było, jak trudno i powoli powracali ci chorzy do stanu prawidłowego. Główne zmiany pozostawały w zakresie układu nerwowego i mięśniowego. U wielu stwierdzić można było drżenie mięśniowe kończyn, mowę skandowaną i t. d. W 2 przypadkach stwierdzono stwardnienie rozsiane. Przyczyną tych zmian mają być ogniska sklerotyczne w mózgu i rdzeniu, których etyologia tasama, co krwotoków na skórze.

f) Kol. Blassberg w odpowiedzi prof. Godlewskiemu w sprawie dyety. Kol. Gieszczykiewicz podawał posilną płynną dyetę; tam gdzie apetyt dobry, a powikłań innych nie było, podawał dyetę stałą. Wskaźnikiem do dyety stałej przy gorączce jest: 1) dobry apetyt, 2) dobre trawienie, 3) brak zmian miejscowych w jelitach. Tosamo da się zastosować i w durze brzusznym.

g) Kol. Konwerski początkowo podawał dyetę płynną. Obecnie podaje się dyetę stałą tym, którzy jeść chcą. U ozdrowieńców stosuje się bardzo posilną dyetę.

h) Prof. Latkowski zwraca uwagę na zmiany patologiczne w większych naczyniach, występujące nieraz w przebiegu duru plamistego i wiodące czasem do obumarcia tkanek, przez nie unaczynionych. Zmiany te, polegające na naciekach drobnokomórkowych, wykazanych przez Fraenkla, występują z reguły w naczyniach drobnych i włosowatych, a w cięższych przypadkach i w naczyniach większych. To też pojawienie się zmian tych w tych większych naczyniach świadczyć może o ciężkości epidemii. Z chorób zakaźnych ostrych dur plamisty usposabia może najwięcej do pojawiania się zmian w układzie krążenia obwodowego. Do częstego występowania tychże przyczyniać się mogą czynniki uboczne, jak wpływy termiczne, ucisk wywołany noszeniem ciasnego obuwia lub spaniem w butach, jak się to zdarza zwłaszcza u żołnierzy rosyjskich. — Na łagodniejszy przebieg epidemii wpływa odporność wrodzona i nabyta, która występuje szczególnie u ludności tubylczej w okolicach, gdzie dur plamisty jest chorobą endemiczną. Co do zmian w układzie nerwowym, poruszonych w dyskusyi obecnej, to łatwo je wyjaśnić zmianami chorobowemi w naczyniach, rozsianemi tak w rdzeniu, jak i w mózgu, nieraz występującemi szczególnie w okolicy rdzenia przedłużonego. Obok tego stwierdzano też zmiany w nerwach obwodowych. Zmiany naczyniowe w układzie nerwowym są takie same, jak w naczyniach skórnych, dotyczą głównie śródbłonka i błony wewnętrznej, a przechodzą też na błonę zewnętrzną i tkankę ją otaczającą i wiodą do zgrubień rozsianych ścian naczyniowych, jakoteż tkanki otaczającej, które następowo wywoływać mogą zanik względnie zwyrodnienie komórek i włókien nerwowych. Od stopnia i siedziby tych zmian zależy ciężkość i rodzaj zaburzeń nerwowych, które ze względu na rozsiane usadowienie są bardzo rozmaite. Od stopnia tych zmian, tak jak i od stanu narządu krążenia, zależy też rokowanie w danym przypadku.

Sekretarka doroczna: Dr Wyżykowska-Michejdzina.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 15. VI. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokółuje kol. Bocheński.

I. Uchwalono, by prezydyum w imieniu Towarzystwa interweniowało u właścicieli Truskawca w celu nakłonienia ich do otwarcia tego zdrojowiska w bieżącym sezonie dla użytku publiczności.

II. Przewodniczący odczytuje pismo z zaproszeniem na ankietę, która ma się odbyć w Krakowie 21 czerwca celem ustalenia zasad organizacyi sanitarnej na ziemiach polskich. Wyniki tej ankiety mają być przedstawione Zjazdowi higienistów w Warszawie jakoteż Kołu polskiemu, Ministerstwu dla Galicyi i T.

Radzie Stanu. Jako delegaci Towarzystwa udadzą się na powyższą ankietę prezes Towarzystwa kol. Kohlberger i kol. Papée.

W myśl wniosku kol. Becka postanowiono, że delegaci otrzymają odpowiednią dyrektywę od Towarzystwa, które w tym celu poleca prezydyum zastanowić się nad odpowiedniemi zasadami i wnioskami Izby lekarskiej.

Postanowiono również, że uchwały ankiety lekarskiej w Krakowie mają być dyrektywą dla delegatów, którzy reprezentować będą Towarzystwo na Zjeździe higienistów w Warszawie.

III. Kol. Sołowij przedstawia **preparat jelita cienkiego**, uzyskany przy operacyi. Preparat dotyczy chorej, która zgłosiła się do zakładu, żaląc się na bóle w dolnej części brzucha po stronie prawej. Badanie przedmiotowe wykazało guz wielkości dużej pięści nad prawą pachwiną, owalny, mało ruchomy. Uderzającem było przy obmacywaniu guza, że okazywał on bardzo wyraźne trzeszczenie (crepitatio), daleko wyraźniejsze, aniżeli n. p. przy ropowicach gazorodnych. Dolny odcinek guza wyczuwalny był przez sklepienie prawe w górze obok macicy. Dokładne oznaczenie stosunku guza do narządu rodnego było niemożliwe. Przy ucisku na sklepienie prawe trzeszczenie występowało bardzo wyraźnie. Z niepewnem rozpoznaniem przystąpiono do operacyi, w czasie której okazało się, że wyczuwalny guz był rozdętem workowato jelitem cienkiem tuż przy wejściu do jelita ślepego. Worek ten o ścianach grubych, przerosłych, kształtu i pojemności żołądka średniej wielkości, w całości wypełniony był pestkami wiśni, czereśni i śliwek. Tuż u wejścia do jelita grubego znaczne zwężenie worka, które tłómaczy niemożność przechodzenia pestek i ich nagromadzenie się. Wykonano resekcyę całego rozszerzonego i zgrubiałego jelita cienkiego długości około 20 cm i wszyto część jego zdrową do kiszki ślepej. Przebieg pooperacyjny szczęśliwy.

W dyskusyi kol. Mazanek wspomina o przypadku z własnej praktyki, w którym istniały objawy niedrożności jelit, a badanie wykazało guz bolesny nad lewą pachwiną. Badanie przez odbytnicę stwierdziło znaczne rozszerzenie odbytnicy jakoteż pętli esowatej wskutek nagromadzenia się pestek wiśni, które następnie usunięto (przez odbytnicę łyżką) w ilości przeszło jednego litra.

IV. Kol. Mazanek wygłasza odczyt: **Najnowsze zdobycze z dziedziny rentgenologii.** Prelegent omówił temat bardzo obszernie na podstawie przeważnie własnych spostrzeżeń, jakie poczynił w ciągu kilkutygodniowej pracy w zakładzie rentgenologicznym prof. Holzknechta w Wiedniu. Mówił o pracach z zakresu fizyki, techniki, a w szczególności o nowych teoryach i sposobach mierzenia promieni rentgenowskich, o zdjęciach fotograficznych, zwłaszcza wojennych, a to bocznych lilienfeldowskich, o nowych udoskonalonych a przystępnych sposobach lokalizacyi ciał obcych (postrzałów), o bezgazowych lampach Cooligdea i Lilienfelda, a wreszcie o leczeniu, zwłaszcza tak wzmagających się gruczolaków limfatycznych, gruźlicy kości i stawów, raka, chorób skórnych i kobiecych.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie zwiedzało 7. b. m. nowe zakłady sanitarne miejskie na Prądniku białym, złożone z zakładu dezynfekcyjnego, pracowni bakteryologicznej, pawilonów izolacyjnych i zakaźnych oraz sanatoryum dla gruźliczych. Zarówno cały plan zakładów, jak i szczegółowe urządzenia, pomysłu naczelnego lekarza miasta, doc. Dr Janiszewskiego, spotkały się z największem uznaniem zwiedzających, gdyż celowością i praktycznością w wielu względach przewyższają podobne zakłady zagraniczne, wykonanie zaś zakładów krakowskich może współzawodniczyć z najlepszymi zakładami na zachodzie. Doc. Dr Janiszewskiemu, jako inicyatorowi zakładów i ich właściwemu twórcy, z niezwykłą energią zwalczającemu wiele przeszkód, złożył prezes Towarzystwa gratulacye z powodu ukończenia dzieła, które w czasie najbliższym oddane będzie do publicznego użytku.

Ponieważ nie wszyscy członkowie Towarzystwa mogli tym razem zwiedzić zakłady, przeto wycieczka powtórzona zostanie w jedną z najbliższych niedziel. Dla ustalenia liczby uczestników zgłaszać się należy wcześniej do prezydyum Towarzystwa.

— Najbliższe posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się 17. X.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWPanu Dr Harajewiczowi za ofiarowane bibliotece dzieła.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie wydało za 3 lata wojenne 1914—1916 sprawozdanie, ułożone dokładnie według wzoru 41 poprzednich sprawozdań, wydanych przez ś. p. prof. Jakubowskiego. Wpływ wojny odbił się na szpitalu św. Ludwika, utrzymywanym przez Towarzystwo, wielkiemi trudnościami w prowadzeniu i aprowizacyi. Liczba dzieci w ambulatoryum spadła w r. 1915 na 3.332 (przed wojną 5—6 tysięcy), liczba przyjętych do stałego leczenia wahała się około 800 rocznie (przed wojną około 1400). Natomiast charakterystycznie wzrosły pomimo to koszta żywienia z 27.957 kor. w roku 1914 na 41.355 kor. w r. 1916 i t. p. Kolonia rabczańska w r. 1915 nie była czynną; w r. 1916 doszła liczba dzieci w kolonii do najwyższej od założenia cyfry — 183.

— Już przed kilku laty mieliśmy sposobność podnieść z uznaniem działalność Wydziału powiatowego chrzanowskiego, który przoduje innym Wydziałom powiatowym w wielu sprawach sanitarnych. Między innymi zasługują na uwagę bardzo pożyteczne wydawnictwa tego Wydziału powiatowego. Jeszcze przed wojną wydał on swym nakładem broszury Dr Józefa Bednarskiego, lekarza okręgowego w Alwernii: »O studniach i wodzie« oraz »Krótki podręcznik dla dezynfektorów«. Obecnie znów wydał ten Wydział powiatowy krótko na jednej kartce zebrane przepisy zachowania się wobec chorych zakaźnych, opracowane również przez Dr Bednarskiego, a przeznaczone do nalepiania na drzwiach zakażonych mieszkań i do rozdawania ludności. Zasługuje również na podniesienie poparcie, jakiego tej sprawie udzieliło Starostwo w Chrzanowie, nakazując, by w każdej gminie znajdował się zapas egzemplarzy tych wskazówek i t. d. Wreszcie wydał Wydział powiatowy chrzanowski tłómaczenie instrukcyi do przyrządu dezynfekcyjnego. Dr Gąsiorowskiego (fabryka tych przyrządów nie poczuwała się do obowiązku przysłania instrukcyi po polsku!).

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr 39) oblicza, że »normy żywnościowe, wyznaczane przez Wydział zaopatrywania miasta, nie pokrywają nawet drobnej części zapotrzebowań organizmu«, gdyż wynoszą zaledwo 674 kaloryi dziennie.

Zmarli: Dr Ludwik Ausspitz w 71 r. ż. w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 17. **października** 1917 o g. 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Wykład prof. Dr L. Wachholza: O śmierci od pioruna (z demonstracyą preparatów i fotografii). 2) Demonstracye.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.